

стеатогепатита жалоб, удовлетворительным при сохранении менее продолжительных и менее интенсивных, реже возникающих субъективных проявлений и плохим при отсутствии терапевтического эффекта.

Результаты и обсуждение. На 14 день лечения в контрольной группе хороший клинический результат получен у 13% больных, удовлетворительный – у 73%. Во второй группе (медикаментозные препараты в сочетании с лазеротерапией) хороший клинический результат получен у 66% больных, удовлетворительный – у 20%. В обеих группах не было эффекта от лечения у одинакового числа больных. Однако хороших результатов было значительно больше у пациентов второй группы. При использовании лазеротерапии у большего числа больных удается достичь полного исчезновения клинических симптомов и в меньшие сроки. Уровни АЛТ, АСТ, ГГТП достоверно быстрее снижались у пациентов 2-й группы, получавших лазеротерапию. В среднем снижение к 14 дню составило 20% от исходного уровня. У пациентов 1-й группы уровни АЛТ, АСТ, ГГТП к 14-му дню снизились на 12% от исходного уровня. При обследовании на 60-й день лечения улучшение отмечали все пациенты. Хороших результатов было больше у пациентов второй группы. Они отметили практически полное исчезновение симптомов тяжести в правом подреберье и горечи во рту. Уровни АЛТ, АСТ, ГГТП одинаково снизились на 40–50% у пациентов 1-й и 2-й группы.

Заключение. При использовании лазеротерапии удается увеличить эффективность комплексной терапии НАСГ низкой и умеренной активности. Инфракрасную лазеротерапию следует шире использовать в лечении пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, так как данный метод является доступным и неинвазивным. Требуется дальнейшей разработки схемы проведения повторных курсов лазеротерапии для получения более стабильных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ульянов В.Ю., Бажанов С.П.,
Выгодчикова Г.Ю.

ФГБУ «СарНИИТО» Минздрава России, Саратов,
e-mail: v.u.ulyanov@gmail.com

Цель: улучшить результаты лечения больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника путем применения в раннем послеоперационном периоде терапевтического лазера.

Объектом исследования явились 5 больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника, сопоставимых по полу, возрасту, степени выраженности неврологического дефицита, которым в раннем послеоперационном периоде проводили контактное лазерное воздействие с лазерного излучателя «АЗОР-2К-02» красным излучением в ауторезонансном режиме с длиной волны 0,63–0,66 мкм мощностью 24–26 мВт в течение 7–10 минут путем подведения излучателя к проекции патологического очага с обеспечением компрессии мягких тканей до 3 мм в течение 10 суток. Критерием эффективности лазерного излучения на травматический очаг служили уровни содержания лактата, лактатдегидрогеназы в ликворе, а также данные МР-томографии.

На фоне применения лазерного излучения у всех больных отмечена нормализация уровня лактата в ликворе до 1,1–2,4 ммоль/л, снижение показателей лактатдегидрогеназы ликвора до 56–40 МЕ/л, а также снижение интенсивности МР-сигнала и уменьшение в объеме вещества спинного мозга в зоне травматического очага на T1- и T2-взвешенных изображениях в сагитальной и аксиальной проекциях.

Таким образом, применение терапевтического лазера позволяет улучшить результаты лечения больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника.

*«Инновационные медицинские технологии»,
Франция (Париж), 15-22 марта 2013 г.*

Медицинские науки

МИЕЛОПЕРОКСИДАЗА НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА

Васильчева Ж.М., Космачёва Е.Д.,
Чуприненко Л.М., Славинский А.А.

Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, e-mail: lmchbox@mail.ru

Миелопероксидаза (МП) – это железосодержащий фермент, локализованный в азурофильных гранулах нейтрофильных лейкоци-

тов. Вместе с мембранной НАДФН-оксидазой МП участвует в процессах генерации активных форм кислорода. При активации фагоцитов, совместно с перекисью водорода МП образует фермент-субстратный комплекс, окисляющий ионы галогенов в гипогалоиды, которые непосредственно разрушают белки и липиды, инициируют появление гидроксильного радикала. Образовавшиеся метаболиты обладают значительным деструктивным потенциалом и могут играть существенную роль в повреждении тканей. Цель работы: оценить активность МП

нейтрофильных лейкоцитов крови в динамике развития острых форм ишемической болезни сердца.

В исследование включено 126 пациентов, поступивших в Краевую клиническую больницу № 1 г. Краснодара с диагнозом «Острый коронарный синдром». Взятие крови проводили на 1-е, 3–4, 8–10 сутки госпитализации. Цитохимическое определение активности МП нейтрофилов осуществляли бензидиновым методом. Для оценки интенсивности реакции подсчитывали процент положительно реагирующих клеток и средний цитохимический коэффициент, который отражает активность фермента. Учитывая непараметрическое распределение значений, для сравнения нескольких групп с одной определяли критерий Даннета и уровни значимости различий для него. В соответствии с клиническими диагнозами пациенты были разделены на следующие группы: стабильная стенокардия – 10, нестабильная стенокардия – 34, Q-негативный инфаркт миокарда (ИМ) – 27, Q-позитивный ИМ – 55 человек. Средний возраст обследованных $54 \pm 4,5$ лет. В группу контроля вошли 30 здоровых доноров крови, сопоставимых по возрасту и полу.

В течение первых суток заболевания количество нейтрофилов в периферической крови, обнаруживающих реакцию на МП, у пациентов со стабильной и нестабильной формами стенокардии, а также с Q-негативным ИМ достоверно не отличалось от показателей контрольной группы ($p > 0,05$). В группе больных с Q-позитивным ИМ содержание в периферической крови реагирующих клеток снижено в 1,2 раза до $79,5 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$). В нейтрофильных лейкоцитах больных стабильной стенокардией активность МП составила $2,59 \pm 0,2$ отн.ед., что не отличалось от контрольных значений ($p > 0,05$). У пациентов с нестабильной формой стенокардии активность МП в первые сутки снижена в 1,3 раза, с Q-негативным ИМ в 1,2 раза ($p < 0,001$). При Q-позитивном ИМ активность фермента в 1,5 раза ниже, чем у здоровых людей и в 1,3 раза меньше показателя в группе больных с Q-негативным ИМ ($p < 0,001$).

При обследовании всех групп пациентов на 3–4 сутки установлено, что количество обнаруживающих реакцию на МП нейтрофилов в периферической крови достоверно не изменялось по сравнению с показателями в первые сутки исследования. Активность МП у больных нестабильной стенокардией снизилась до $1,63 \pm 0,1$ отн.ед., что в 1,5 раза ниже чем у здоровых людей ($p < 0,001$). У пациентов с ИМ активность фермента на 3–4 сутки госпитализации не отличалась от показателей в день поступления.

К 8–10 суткам количество реагирующих нейтрофильных лейкоцитов во всех группах обследованных не отличалось от значений

в 1-е сутки заболевания. При нестабильной стенокардии активность МП сохраняла свои низкие значения и достоверно не отличалась от показателей в предыдущие сроки наблюдения. При Q-негативном ИМ установлено снижение активности МП до $1,68 \pm 0,10$ отн.ед., что в 1,5 раза меньше по сравнению со здоровыми людьми и в 1,3 раза ниже значений в день поступления ($p < 0,001$). У больных с Q-позитивным ИМ активность фермента уменьшилась в 1,6 раза до $1,64 \pm 0,09$ отн.ед. ($p < 0,001$).

Таким образом, при стабильной форме стенокардии, когда ишемические изменения миокарда выражены в минимальной степени и носят обратимый характер, не происходит изменений в количестве нейтрофильных лейкоцитов, позитивно реагирующих на МП, а также не изменяется активность этого фермента. При нестабильной стенокардии и ИМ активность МП в нейтрофилах периферической крови снижается. Это может быть связано с разрушением атеросклеротических бляшек в коронарных артериях, попаданием атероматозных масс и тканевого детрита в периферический кровоток, что выступает как триггерный фактор в запуске системного воспалительного ответа, и, возможно, сопровождается активацией пула циркулирующих нейтрофилов с дегрануляцией компонентов азурофильной зернистости. При возникновении Q-позитивного ИМ уже в первые сутки наблюдается снижение количества клеток, обнаруживающих реакцию на МП, и более выраженная депрессия активности фермента по сравнению с другими группами обследованных. Это может быть связано с формированием обширной зоны некроза и массивным поступлением в кровоток биологически активных веществ из летально поврежденных кардиомиоцитов.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ПРИ ПОМОЩИ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ

Гюсан А.О., Ламкова А.Х.

*Северо-Кавказская государственная
гуманитарно-технологическая академия;
Карачаево-Черкесская республиканская клиническая
больница, Черкесск, e-mail: Gujsan@mail.ru*

Кисты верхнечелюстных пазух достаточно частая находка при рентгенологических исследованиях головы и обнаруживается у 12,4–22% обследуемых. Часто это заболевание протекает бессимптомно, иногда с головной болью, чувством тяжести в проекции верхнечелюстной пазухи, ринореей, затрудненным носовым дыханием.

Лечение кистозной формы поражения околоносовых пазух преимущественно хирургическое. Однако до настоящего времени существу-